

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GRAVIDEZ ECTÓPICA: IMPORTÂNCIA DA SINTOMATOLOGIA E DOS  
EXAMES COMPLEMENTARES PARA O SEU DIAGNÓSTICO PRECOCE\*

AUTORES: DOUGLAS BATISTA DA SILVA\*\*

VALMIR BAUMANN\*\*

ORIENTAÇÃO DR. AFONSO MARCIO BATISTA DA SILVA\*\*\*

FLORIANÓPOLIS - SC

1988

---

\* Trabalho da 1<sup>a</sup> fase do curso de Graduação em Medicina Discipli  
de Tocoginecologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

\*\*.. Doutorandos da 1<sup>a</sup> fase do curso de Graduação em Medicina.

\*\*\* Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia.

## AGRADECIMENTOS

Ao Dr. ELIZIÁRIO PEREIRA FILHO, Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Isabel.

Ao Dr. LUCINDO PEREIRA FILHO, nosso preceptor, Ginecologista e obstetra do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Santa Isabel.

A todos os médicos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Santa Isabel.

A toda equipe do Hospital Santa Isabel pela atenção recebida.

A todas as pessoas que, de alguma maneira, direta ou indireta, participaram da elaboração deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Dr JUARES P. ZIMMERMANN pelo incentivo e idéias que ajudaram em muito a tornar este trabalho uma realidade.

Ao Dr. AFONSO MARCIO BATISTA DA SILVA pela orientação e apoio na execução deste trabalho, proporcionando sua elaboração e conclusão.

## R E S U M O

São analisados 62 casos de prenhez ectópica no período de 1º de janeiro de 1983 a 31 de dezembro de 1987, atendidos inicialmente no Serviço de Pronto Socorro no Hospital Santa Isabel, e que posteriormente foram vistos pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do mesmo hospital.

Foi encontrado uma incidência de 0,58%, sendo a faixa etária de 30 a 34 anos a mais atingida.

Das manifestações clínicas, a dor abdominal, atraso menstrual e o sangramento vaginal, foram encontrados em maior número de casos, com 88,70%, 40,32%, e 38,70% respectivamente. Registrou-se também a presença de palidez cutâneo-mucosa em 37,09% dos casos, sinal de Blumberg em 22,58%, sinais de hipovolemia em 20,96%, distensão abdominal em 14,51% e defesa abdominal em 9,67% dos casos.

No exame ginecológico, foi observado tumor anexial em 9,67% dos casos, abaulamento de fundo de saco posterior e doloroso ao toque ("Sinal de Douglas") em 22,58% dos casos. A ultrassonografia foi o exame complementar mais utilizado (61,29%), seguido por punção abdominal (12,90%), dosagem da fração beta do hCG (11,29%) e culdocentese em 4,83%.

No período estudado não houve nenhum óbito no que diz respeito à gravidez ectópica.

## S U M M A R Y

The authors studied 62 cases of ectopic pregnancy in the period from January 1, 1983, to December 31, 1987, initially treated at the first-aid clinic Service of Santa Isabel Hospital, and then in the Gynecology and Obstetrics Service of this Hospital.

The incidence was 0,58%, and the age of 30 to 34 years the most affected.

Abdominal pain, menstrual delay and vaginal bleeding, were the most frequent signs and symptoms, with 88,70%, 40,32% and 38,70%. Registered also cutaneous-mucosa paleness in 37,09% of the cases, Blumberg's sign in 22,58%, hypotensive signs in 20,96%, abdominal distension in 14,51% and abdominal defense in 9,67% of the cases.

In the gynecological examination, was observed an adnexal tumor in 9,67% of the cases, bulge of the Douglas' vaginal sack and painful touch in 22,58% of the cases. The diagnostic methods were: ultrasonography (61,29%), abdominal puncture (12,90%), beta-hCG determination (11,29%) and culdocentesis in 4,83%.

In the period studied there was no maternal death to refer ectopic pregnancy.

## Í N D I C E

RESUMO

SUMARY

I - INTRODUÇÃO .....	1
II - MATERIAL E MÉTODOS .....	4
III - RESULTADOS .....	5
IV - DISCUSSÃO .....	10
V - CONCLUSÃO .....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
ANEXO I .....	23

## I - I N T R O D U Ç Ã O

Denomina-se prenhez ectópica quando ocorre implantação e desenvolvimento do ovo fora de seu local habitual, ou seja além da mucosa que reveste a cavidade uterina.<sup>8,10,18</sup>

Sua incidência varia na dependência do serviço e da região em que os levantamentos são realizados. São encontrados variações de 0,5 a 2,0% em relação ao número de gestações.<sup>5,8,14,18</sup> A literatura tem mostrado que sua incidência se encontra em ascensão , bem saliente na última década.

O uso indiscriminado de antibióticos no tratamento de afecções como a doença inflamatória pélvica, representada aqui principalmente pela salpingite (gonocócica, tuberculose), pode ser apontado como causa importante no aumento da incidência da prenhez ectópica; pois se o medicamento evita a oclusão total da trompa, não lhe restitui, integralmente, a estrutura anatômica.<sup>10,11,14</sup>

O uso do dispositivo intra-uterino (DIU) tem sido lembrado como fator de incremento na incidência da prenhez ectópica, porém provavelmente, não é fator causal direto, mas não protegendo a paciente da ectopia, como o faz para a prenhez intra-uterina, aumenta de modo relativo, a incidência da afecção.<sup>8,11,14</sup>

A difusão de anticoncepcionais orais com baixa dose de progesteronas também tem sido relatado como adjuvante na incidência proporcionalmente elevada de prenhez ectópica (4,1%), pois o seu uso isolado para fins anticoncepcionais parece ter apenas um efeito propulsivo mínimo sobre o oviduto na junção ampular-ístmica e, deste modo, aumenta a ocorrência de aprisionamento do ovo.<sup>8,10,11</sup>

A gestação pós esterilização tubária, as operações plásticas visando a restauração das tubas laqueadas ou impérvias, traumas cirurgicos e tumores pélvicos, também deverão ser lembrados como influentes.

A prenhez tubária é a mais frequente das prenhez ectópicas (95-97%). As intersticiais, ovarianas, cervicais e abdominais são excepcionais (2-4, 0,5 0,1 e 0,03% respectivamente).

O quadro clínico da prenhez tubária é variável com a idade gestacional. Pode ser dividida em duas etapas: antes e após a rotura. No primeiro caso, observamos, como na gravidez tópica, alterações de ordem hormonal e neurovegetativa, tais como atraso menstrual, aumento de volume mamário e/ou dor no mamilo, disalorréia, náuseas, vômitos, dispepsia.

A dor pode acompanhar este quadro, sendo porém sua intensidade variável, e de localização geralmente em uma das fossas ilíacas ou em baixo ventre.<sup>1,3,4,14</sup> O diagnóstico aqui, é feito quando ao toque combinado, o útero, embora um pouco aumentado de volume, não está compatível com a idade gestacional cronológica. Em alguns casos, pode-se palpar formação anexial, discretamente dolorosa e de crescimento progressivo.

Com a evolução da gestação o quadro clínico agrava-se. Junto com a dor aparecem manifestações clínicas de hemorragia interna. Na maioria das vezes, a dor inicia-se brusca e repentinamente, acompanhando-se quase sempre de sudorese, palidez, hipotensão, taquipnéia e taquicardia, traduzindo estado de hemorragia interna aguda.<sup>5,13,15</sup> Este quadro caracteriza a forma aguda, aonde ocorre a rotura tubária. O diagnóstico clínico baseia-se fundamentalmente na sintomatologia e no exame físico, aonde temos palpação dolorosa



no abdômem, que pode estar distendido. O exame ginecológico pode revelar útero aumentando de volume, com características grávidas, massa anexial e fundo de saco abaulado, que ao simples toque trará dor intensa à paciente. É o conhecido "grito de Douglas"<sup>1,5,18</sup>

Alguns autores<sup>13,14,15</sup> mencionou ainda uma forma subaguda, que corresponde habitualmente ao abortamento tubário. A sintomatologia é menos intensa, sendo esse quadro mais sujeito a hesitações e enganos diagnósticos que o acidente agudo.

Quando o exame clínico não é conclusivo, pode-se lançar mão de propedêutica armada: dosagem da fração beta do hCG (RIA), ultrassonografia, culdocentese, laparoscopia.<sup>1,4,6,11,14</sup>

O diagnóstico diferencial da prenhez tubária deve ser feito com: prenhez uterina com aborto iminente ou incompleto, prenhez intra-uterina normal, rotura de cisto lúteo ou folicular, torção tubária, torção de tumor de ovário, salpingite e patologias extra-genitais (apendicite, cálculo renal, rotura esplênica, pancreatite hemorrágica, perfuração de vesícula biliar, perfuração de úlcera gástrica ou duodenal, peritônio livre e infarte intestinal por trombose dos vasos mesentéricos).<sup>8,9,13</sup>

Uma vez diagnosticada a prenhez tubária, afora a hemotransfusão e o eventual tratamento do choque, é a conduta cirúrgica, com possível exérese da trompa afetada.<sup>11,14</sup>

O objetivo deste trabalho é estudar a sintomatologia da prenhez ectópica e verificar a importância dos exames complementares para o seu diagnóstico precoce.

## II - MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 62 casos de pacientes com prenhez ectópica ocorridos, no período de 1º de janeiro de 1983 a 31 de dezembro de 1987, no Departamento da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Isabel (HSI) da Sociedade Divina Providência de Blumenau (SC) , que foram atendidos inicialmente no Serviço de Pronto Socorro deste hospital.

Quatro casos foram excluídos do estudo por insuficiência de dados.

Foi organizado um protocolo para o levantamento dos dados usados (vide anexo I), que foram obtidos a partir dos prontuários médicos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME/HSI). Quando necessário o protocolo foi completado com auxílio de dados obtidos de fichários junto aos Serviços de Ultrassonografia e de Anatomopatologia do HSI.

Como método estatístico foi usado o percentual, para facilitar as comparações, análises e interpretação dos dados apresentados.

### III - RESULTADOS

No período estudado ocorreram no Hospital Santa Isabel 11.369 gestações e 66 casos de gravidez tubária, o que forneceu uma frequência de 1.172,2 gestações e deu incidência de 0,58%.

A tabela I apresenta a distribuição das pacientes por faixa etária, mostrando que a gravidez ectópica é mais frequente dos 30 aos 34 anos.

A dor abdominal foi a queixa mais frequente (tabela 2), situando-se no abdome em diversas localizações conforme mostra a tabela 3.

Em 23 pacientes (41,82%) a dor foi caracterizada como sendo aguda e de grande intensidade, em 5 pacientes (9,90%) como moderada, e em 27 pacientes (49,09%) a dor não foi caracterizada. O tempo decorrido entre o início do sintoma doloroso e a cirurgia foi menor que um dia em 42 pacientes (76,40%), de dois a cinco dias em 11 pacientes (20%), em uma paciente (1,80%) 9 dias e em outra (1,80%) 14 dias.

No prontuário de 25 pacientes havia relato sobre atraso menstrual: em 10 casos (40%) houve variação de 5 a 6 semanas, em 13 casos (52%) de 8 a 12 semanas e em 2 casos (8%) o tempo de amenorréia não estava especificado. Em relação ao sangramento genital havia anotações no prontuário de 24 pacientes: em 2 casos (8,33%), este durou uma semana, em 7 casos (29,16%) houve variação de 2 a 3 semanas, em um caso (4,17%) durou 4 semanas, em outro (4,17%) 14 semanas e em 13 casos (54,17%) não havia especificação sobre o tempo de duração. Sete pacientes (11,29%) tinham história de náuseas e vômitos.

Ao exame clínico foi observado palidez cutâneo-mucosa 37,09%, descompressão brusca dolorosa à palpação abdominal (sinal de Blumberg 22,58%, sinais de hipovolemia 20,95%, distensão abdominal 14,51%, e defesa abdominal 9,67%). No exame ginecológico foi observado tumor anexial, abaulamento de fundo de saco posterior doloroso ao toque ("grito de Douglas"). (tabela 2).

A tabela 4 mostra as hipóteses diagnósticas iniciais feitas após exame clínico. Em dois casos não havia anotações no prontuário sobre a hipótese diagnóstica inicial.

A tabela 5 apresenta os exames complementares usados para o diagnóstico da gravidez ectópica, aparecendo o ultrassom como o exame mais solicitado.

Cinco pacientes (6,54%) tiveram internação prévia ao tratamento cirúrgico para gravidez ectópica, sendo submetidas à curetagem uterina.

Em relação à terapêutica cirúrgica, praticou-se como norma a salpingectomia unilateral. Nos relatórios de operação analisados, havia relato sobre tuba íntegra em 8 casos, já nos laudos de anátomo-patológico constavam 13 casos.

Nos 62 casos de gravidez ectópica estudados não ocorreu nenhum óbito no que se refere a esta patologia.

Tabela I - Distribuição segundo a idade das pacientes nos  
62 casos de prenhez ectópica estudados.

FAIXA ETÁRIA	Nº DE CASOS	%
15 - 19	3	4,83
20 - 24	12	19,36
25 - 29	14	22,59
30 - 34	23	37,10
35 - 39	9	14,51
40 - 44	1	1,61
TOTAL	62	100%

Fonte: SAMI/HSI - Blumenau/SC - 1983/1987

Tabela II - Sinais e sintomas apresentados pelas pacientes  
nos 62 casos de prenhez ectópica estudados

SINTOMATOLOGIA	Nº DE CASOS	%
dor abdominal	55	88,70
amenorréia	25	40,32
sangramento genital	24	38,70
palidez cutâneo-mucosa	23	37,09
sinal de Blumberg	14	22,58
"grito de Douglas"	14	22,58
sinais de hipovolemia	13	20,96
distensão abdominal	9	14,51
náuseas e vômitos	7	11,29
defesa abdominal	6	9,67
tumor anexial	6	9,67

Fonte: SAME/HSI - Blumenau/SC - 1983/1987

\* Nº total de casos: 62

Tabela 3 - Localização da dor relatada pelas pacientes nos 62 casos de gravidez ectópica estudados.

LOCAL DA DOR	Nº DE CASOS	%
baixo ventre	16	25,80
fossa ilíaca direito	7	11,29
fossa ilíaca esquerda	4	6,45
difusa	28	45,17
não relataram dor	7	11,29
TOTAL	62	100%

Fonte: SAME/HSI - Blumenau/SC - 1983/1987

Tabela 4 - Diagnóstico clínico inicial nos 62 casos de gravidez ectópica estudados

DIAGNÓSTICO INICIAL	Nº DE CASOS	%
gravidez ectópica	47	75,80
hemoperitônio	3	4,83
abdome agudo	2	3,22
tumor cístico de ovário	2	3,22
anemia	2	3,22
abordo	1	1,61
apendicite aguda	1	1,61
sangramento vaginal	1	1,61
tumoração abdominal	1	1,61
não relatado	2	3,22
TOTAL	62	100%

Fonte: SAME/HSI - Blumenau/SC - 1983/1987

Tabela 5 - Métodos diagnósticos utilizados nos 62 casos de  
 prenhez ectópica estudados

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	Nº DE CASOS	%*	+	(%)	- (%)
ultrassonografia	38	61,29	21	(55,26)	17 (44,73)
punção abdominal	8	12,90	6	(75,00)	2 (25,00)
hCH fração beta	7	11,29	7	(100,00)	00
culdocentese	3	4,83	3	(100,00)	00

Fonte: SAMI/HSI - Blumenau/SC - 1983/1987

\* Nº total de casos 62

#### IV - DISCUSSÃO

Em nosso estudo, tivemos uma incidência de prenhez ectópica de 0,58% o que está de acordo com a literatura pesquisada <sup>2,11,17,18</sup>, que relata índices de 0,5 a 2,0%, embora alguns autores <sup>4,14,16</sup> apresentem índices que variam de 0,3% a um máximo de 3,6%. Há um consenso de que a variação observada na incidência de gravidez ectópica encontra-se diretamente relacionado com o tipo de população que é estudada, tendo o poder sócio-econômico influência.

Muitos autores <sup>10,11,14,16</sup> relatam um aumento na incidência da gravidez ectópica, justificando o fato pela crescente promiscuidade sexual dos jovens, aumento das doenças venéreas e das inflamações pelvianas, com conseqüente uso indiscriminado de antibióticos. O emprego de dispositivo intra uterino (DIU), a difusão dos progestogênios orais com dosagem reduzida, as falhas dos métodos de esterilização tubária ou de cirurgias para a restauração de tubas laqueadas ou impérvias também devem ser lembrados. Zugaib<sup>20</sup> et al, relatam terem observado em seu estudo uma diminuição da incidência da prenhez ectópica relatando como responsável o abandono de práticas anticoncepcionais com substâncias corrosivas, a melhoria das condições em que se pratica o aborto criminoso, o tratamento mais precoce e mais adequado nos processos inflamatórios pélvicos.

Em relação à idade das pacientes, verificamos uma maior incidência de prenhez ectópica na faixa etária de 20 a 34 anos (79,05% dos casos), que é o período de vida da mulher em que ocorre o maior número de gestações. Resultados idênticos foram encontra-



dos por vários autores.<sup>10,18,19,20</sup>

Não foi feita referência quanto a paridade por ter sido este um dado não disponível nos prontuários por nós pesquisados.

A triade sintomatológica clássica da gravidez ectópica composta de dor, sangramento e amenorréia predominou também no nosso estudo, confirmando as observações de diversos autores.<sup>2,3,10,18,20</sup> A dor abdominal esteve presente em 88,70% dos casos, embora muitos estudos relatem seu aparecimento em 100% dos casos. Ela é um precoce, embora às vezes, muito leve. No princípio pode haver apenas uma vaga sensação dolorosa no lado afetado da pelve, mas com frequência a paciente se queixa de fortes cólicas que ocorrem de vez em quando. Quando acontece a rotura ou o aborto tubário, a dor pode ser muito intensa e associada a sudorese, hipotensão, taquicardia, taquipnéia, tonteados ou síncope real, náuseas e vômitos. Clinicamente, este quadro traduz estado de hemorragia interna aguda.<sup>5,8</sup>

Tivemos história de atraso menstrual em 40,32% dos casos, sendo que na maioria houve uma variação de 5 a 12 semanas, confirmando a literatura pesquisada<sup>4,11,18,19</sup>, que relata períodos de amenorréia variando entre 6 e 10 semanas, com incidência de 42 a 80%. Ocasionalmente a amenorréia é substituída por perdas sanguíneas, moderadas ou escassas, com modificações na coloração em geral vermelho escuro, tipo borra de café. Raramente o sangramento é tão abundante como no aborto incompleto. No nosso estudo o sangramento genital esteve presente em 38,70% dos casos, abaixo do encontrado na literatura, que relata percentagens entre 48 e 60%<sup>4,19</sup>.

Na avaliação dos resultados obtidos através do exame clínico podemos destacar a palidez cutâneo-mucosa (37,09%), o sinal de Blumberg (22,58%) e os sinais de hipovolemia (pulso rápido e fili-

forme, dispnéia, sudorese, lipotínia) (20,96%). Na literatura<sup>10, 20</sup> estes sinais apresentam uma incidência que varia de 36 a 38%.

No exame ginecológico, a movimentação do colo uterino ou o simples toque no fundo de saco trará dor intensa à paciente (é o conhecido "grito de Douglas"), é sinal valioso para o diagnóstico e revela hematocele e tumor no fundo de saco de Douglas<sup>5</sup>. Na nossa casuística esse sinal esteve presente em 22,58% dos casos. A literatura pesquisada<sup>19,20</sup> revela índices entre 53 a 63%, portanto acima dos encontrados em nosso levantamento. Pelo toque combinado, pode-se palpar tumor anexial, que é detectado em menos de um terço dos casos relatados e depende de muitas variáveis imprevisíveis, inclusive a habilidade diagnóstica do examinador, o grau de peritonite pélvica, a presença ou não de rotura tubária e da colaboração ou não da paciente.<sup>8,11,13</sup>

No levantamento por nós feito, foi observado tumoração anexial em 9,67% dos casos.

O quadro clínico de prenhez tubária é tão típico em muitos casos que o diagnóstico é bastante fácil, mas cometem-se vários erros e devemos considerá-la como uma doença de surpresas diagnósticas.<sup>3,8</sup> Sabemos que a mortalidade e a morbidade associadas com essa patologia se encontram diretamente relacionadas com o tempo gasto para se fazer o diagnóstico. Portanto, idealmente, a paciente deve ser operada antes que ocorra a rotura, daí a grande importância do diagnóstico precoce.<sup>6</sup>

Visto que na fase inicial da doença os achados clínicos normalmente são bastante inespecíficos, a propedêntica armada ganha, assim, importância para que um diagnóstico precoce possa ser realizado. A moderna propedêntica para o diagnóstico precoce da prenhez

tubária inclui: a determinação rádio imunológica do beta hCG, a ultrassonografia e a laparoscopia.<sup>12</sup>

Em relação ao exame ultrassonográfico, este foi realizado em 38 pacientes (61,29%), mostrando positividade em 21 casos (55,26%) e resultado negativo em 17 casos (44,73%). Pesquisando na literatura ao nosso alcance, observamos divergência entre vários autores. Temple<sup>17</sup> relata que o ultra-som apresenta 25% de erro no diagnóstico da gravidez ectópica, mesmo quando bem realizado. Entretanto se o saco gestacional puder ser identificado em posição extra uterina, o US faz o diagnóstico definitivo. Maciel & Viggia<sup>10</sup> relatam que tiveram 20% de falsos diagnósticos com este método, mas acreditam que com mais experiência e com aparelhagem mais qualificada, a tendência é de se baixar a menos de 10% os erros diagnósticos pela ultrassonografia. Jones Jr & Jones<sup>8</sup> relatam em seu livro, 55% de positividade. Villas Boas et al, falam em apenas 28,57% de positividade do US no uso para o diagnóstico de gravidez ectópica. Segundo eles, como meio diagnóstico de certeza, o exame atualmente deixa muito a desejar.

Portanto a ultrassonografia não é absoluta para o diagnóstico de gravidez ectópica, devendo ser analisada em conjunto com os outros dados da propedêutica. Os dados ultrassonográficos mais importantes utilizados para se propor o diagnóstico de gravidez ectópica são:

- a) utero vazio, em gestação sabidamente superior a 5 semanas;
- b) tumor anexial;
- c) líquido livre na pelve.

A presença de útero vazio, mais tumor anexial e/ou líquido livre na pelve com beta hCG positivo, se traduz por elevada probabilidade de gravidez ectópica (95%)<sup>6,12,13,18</sup>. Entretanto, o critério de ausência de saco gestacional intra uterino e hCG positivo não pode ser aplicado indiscriminadamente quando se utiliza o beta hCG, uma vez que o exame muito sensível indica a gravidez em épocas mais precoces que o sonar.<sup>12</sup> O US exclui a gravidez ectópica ao identificar sacogestacional intra uterino normal.<sup>13</sup> A inocuidade do procedimento e a possibilidade de repetição são vantagens de grande monta.

A dosagem plasmática da fração beta do hCG por RIA, é bastante precoce no diagnóstico de gravidez, mostrando-se cerca de 400 - 500 vezes mais sensível que o teste imunológico para a gravidez (TIG). Uma análise negativa do beta hCG exclui gravidez ectópica em 97% dos casos. Numa gestação normal, o aumento dos níveis plasmáticos do beta-hcg em 48 hs, deve ser maior que 66%. Sendo este aumento inferior a 66%, poderemos estar diante da gestação de evolução anormal, incluindo-se a possibilidade de gravidez ectópica.<sup>6,13</sup>

De maneira geral, a visualização ultrassonográfica do saco gestacional intra uterino só pode ser feito quando os níveis do beta-hCG forem maiores que 6.500m.UI/ml.<sup>6</sup> Para o acompanhamento de pacientes com suspeita de gravidez ectópica Montenegro et al recomendam utilizar o protocolo mostrado na figura 1. No nosso estudo verificamos que este protocolo foi seguido em 7 casos (11,29%).

No levantamento por nós realizado o beta-hCG foi usado em 7 pacientes (11,29%), apresentando uma positividade de 100%. Montenegro & Lima<sup>13</sup> também falam em 100% de positividade nos casos de

prenhez ectópica.

Quando à laparoscopia, sabemos que sua grande indicação se prende a pacientes com suspeita de gestação ectópica, nas quais a propedêntica anteriormente empregada não nos permitiu indicar com segurança a laparotomia. Deve ser realizado preferencialmente nas pacientes com quadro clínico estável, e na ausência de hemoperitônio extenso. Quando realizada por pessoal experiente, não deixa dúvidas quanto ao diagnóstico. É uma intervenção com um mínimo de risco e tem possibilidade a realização do diagnóstico de prenhez tubária antes da ruptura.<sup>1,6</sup> No nosso estudo não tivemos nenhum caso aonde a laparoscopia tenha sido empregada.

A culdocentese permanece sendo um dos instrumentos diagnósticos mais úteis para identificar a presença de hemorragia intraperitoneal. Consiste em introduzir uma agulha raquiana de calibre número 18 fixa a uma seringa aspiradora de 50 ml no fundo de saco, entre os ligamentos uterossacros, fornece uma informação clínica imediata e útil, particularmente em pacientes em que se suspeita de sangramento intra abdominal, mas que ainda não alcançou um grau que possa ser diagnosticado clinicamente. Uma culdocentese positiva (obtenção de sangue escuro, que não se coagula) fornecerá indícios claros da gravidade do estado clínico da paciente e dará início a medidas para tratamento imediato.<sup>1,11,13</sup> É um método inespecífico, mas quando analisado em conjunto com outros dados da propedêntica se mostra muito útil, principalmente nos casos de gravidez tubária já rota.<sup>6,13</sup>

No nosso trabalho observamos o uso da culdocentese em 3 casos (4,83%), tendo-se resultado positivo em todos os casos (100%). Este baixo índice de uso pode ser explicado pelo fato das pacien-

tes em sua maioria terem sido atendidas inicialmente no Serviço de Pronto Socorro por clínicos gerais e não por ginecologistas, que apresentam maior experiência com este método diagnóstico.

Halpin<sup>7</sup>, em seu trabalho relata uma positividade da culdocentese em 84,8% dos casos. Urbanetz & Baruff<sup>18</sup> mostram em seu trabalho uma positividade de 91,16% e apenas 4,32% de falso-negativos. Maciel & Viggiano<sup>10</sup> afirmam ser a função do fundo de saco de Douglas um importante procedimento diagnóstico, relativamente inócuo e muito útil. Revelam ainda em seu trabalho terem obtido 93,6% de casos positivos e 6,4% de casos negativos de função de fundo de saco.

Pelo que podemos observar, ocasionalmente essa técnica não fornece sangue na aspiração do fundo de saco, dando uma informação falso-negativa, o que se deve na maioria dos casos à inexperiência do médico na localização adequada da agulha ou à deficiente colaboração da paciente. Ocorrem poucos casos de função falso positiva, quando o método fornece um fluxo livre de sangue não coagulado. A função inadvertida do sigmoide ou do delgado tem se mostrado sem consequências clínicas, não exigindo um tratamento especial.<sup>11</sup>

A função abdominal foi feita em 8 casos (12,90%), havendo resultado positivo em 75% dos casos negativos em 25%. É um método pouco mencionado na literatura de gravidez ectópica por nós consultada. Urbanetz & Baraff<sup>18</sup> relatam em seu trabalho que fizeram uso da função abdominal em apenas 2 casos (1,09%) de prenhez tubária, obtendo resultado positivo em ambas.

Alguns autores<sup>1,8,9,11,17</sup> mencionam ainda um método histológico (reação de Arias - Setella) para o diagnóstico de uma prenhez

ectópica. Aqui é feito o exame histológico do endométrio obtido através de curetagem.

No nosso estudo tivemos cinco pacientes (6,54%) que foram submetidos a curetagem uterina prévia, mas como forma de tratamento para o sangramento genital, e não visando o seu diagnóstico.

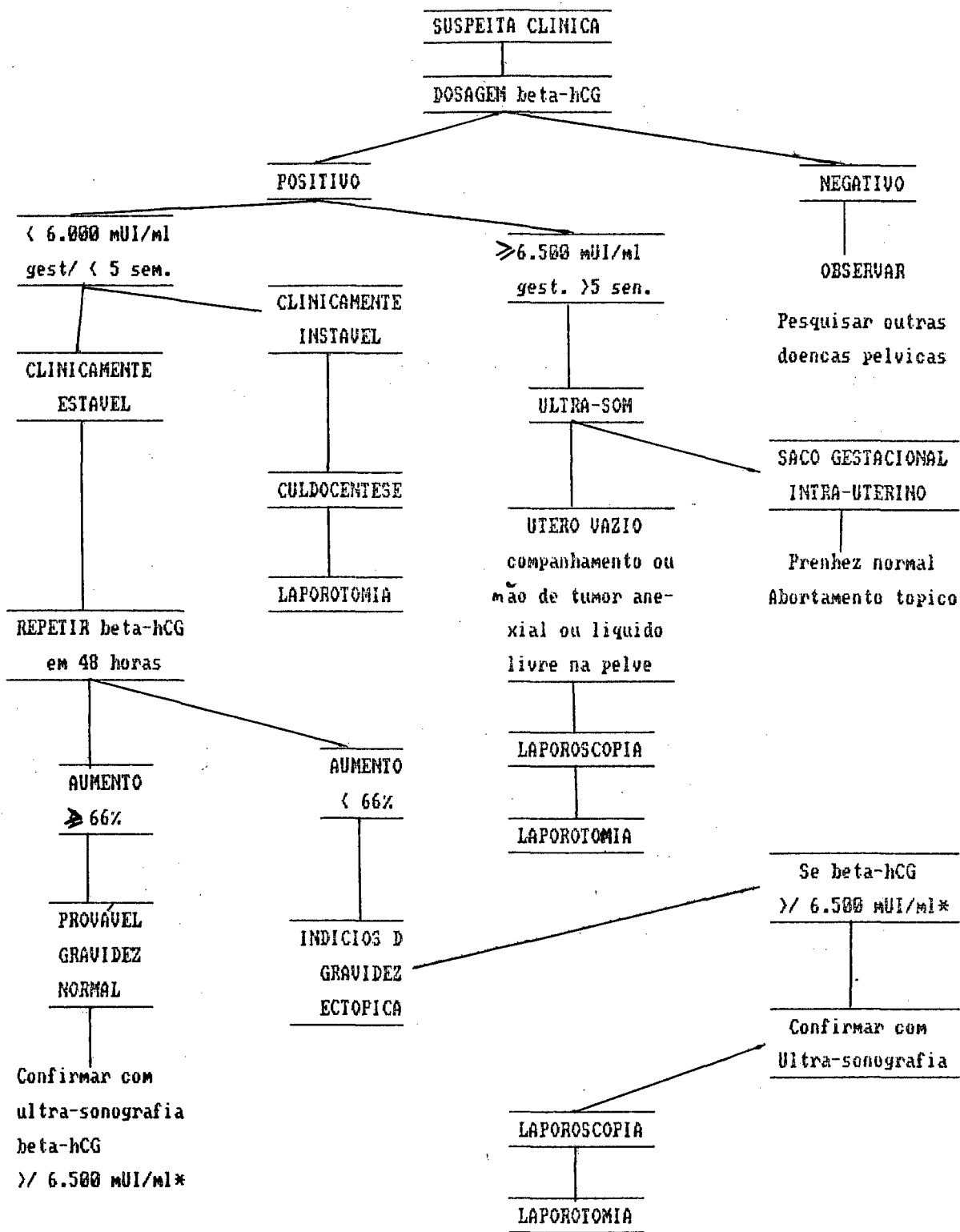


FIGURA. 1 - Protocolo de seguimento de pacientes com suspeita de prenhez ectópica. (\* Dosagem utilizando-se a primeira preparação internacional de referência. Utilizando-se a segunda, esses valores <sup>12</sup> passam a corresponder respectivamente, a 3.400 mUI/ml)



## V - CONCLUSÃO

Dentre os numerosos capítulos da patologia obstétrica, o da gestação ectópica é talvez um dos que maior atenção já mereceu dos tocoginecologistas nacionais.

1 - A incidência encontrada de 0,58% apresenta-se dentro das variações relatadas pela literatura.

2 - A dor abdominal 88,70%, o sangramento genital 38,70%, e a amenorréia 40,32% foram os sintomas que predominaram nos 62 casos de prenhez ectópica analisados.

3 - A palidez cutâneo-mucosa 37,09%, o sinal de Blunberg 22,50% e os sinais de hipovolemia 50,96%, foram sinais que predominaram ao exame clínico. No exame ginecológico a dor à mobilização uterina é sinal valioso.

4 - A história clínica e o exame físico (e ginecológico), acompanhados ou não de punção do hemoperitônio, são requisitos suficientes para o diagnóstico de prenhez ectópica quando esta já se encontra róta.

5 - Nos casos em que a gravidez ectópica ainda se encontra íntegra, com a paciente referindo sensação dolorosa menos intensa, tipo desconforto abdominal, e exame clínico inconclusivo, a propedêutica auxiliar como dosagem pelo radioimunoensaio do beta-hCG e a ultrassonografia são de grande valia, para não dizer fundamentais, para se fazer o diagnóstico precoce e instituir terapêutica cirúrgica, antes que ocorra a rotura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - BARUFFI, I & Urbanetz AA. Prenhez Tubária: aspectos práticos para o diagnóstico e a terapêutica. Femina , 12 (06): 506-508, 1984.
- 2 - BREEN, J.L. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am. J. Obst. Gynec., 106: 1004, 1970.
- 3 - COLE T & Colett RC. Embarazo Ectópico Crônico. Year book de Obstetricia y Ginecologia, p. 251-253, 1983.
- 4 - COSTA CFF, Melo Loc, Freire S, Santos LC & Padilha AMPL - Gra-vidéz ectópica: estudo de 76 casos. J bras. Ginec, 96 (10): 529-531, 1986.
- 5 - FIALHO, NJ, Giordano MG, Basílio de Oliveira CA, Roeder EC & Valle HA - Prenhez tubária bilateral dizigótica. J bras Gi-nec, 93 (06): 323-329, 1983.
- 6 - FONSECA Ala, Amin Jr. J, Lima MLA, Chaves Netto H & Montenegro CAB. Diagnóstico precoce da gravidez ectópica. J bras Gi-nec, 97 (10): 517-519, 1987.
- 7 - HALPIN, TF. Ectopic pregnancy. Am J Obst Gynec, 106: 227, 1970.
- 8 - JONES Jr HW & Jones GS. Novak Tratado de Ginecologia. 10ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p. 536-553, 1983.
- 9 - JEFFCOATE N. Gravidez ectópica. In: Jeffcoate N. Princípios de Ginecologia. 4ª ed. São Paulo, Ed. Manole, p. 253-268, 1979.

- 10 - MACIEL CJ & Viggiano MGC - Gravidez ectópica. J bras Ginec, 96 (04):179-182, 1986.
- 11 - MATTINGLY, RF. Te Linde. Genecologia Operatória. 5ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p. 304-317, 1979.
- 12 - MONTENEGRO, CAB, Lima MLA, Santos PRF & Lima JR. Prenhez combinada (extra e intra-uterina): Diagnóstico ultra-sonográfico. J bras Ginec, 92 (06): 309-310, 1982.
- 13 - MONTENEGRO, CAB & Lima JR. Prenhez tubária: dificuldades diagnósticas. J bras Ginec, 92 (01): 45-48, 1982.
- 14 - REZENDE J & Queiroz AP. Prenhez ectópica. In: Rezende J, obstetrícia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p. 585-604, 1982.
- 15 - SHOEN, JA. Repeat ectopic pregnancy: a 16-year clinical survey. Obstet Gynec, 45 (5): 542-546, 1975.
- 16 - SILVA, HMS, Motta MVV, Ligório MNS & Coelho Jr JL. Tratamento de prenhez tubária íntegra por laparoscopia. Apresentação de 4 casos. J bras Ginec, 97 (05): 237-239, 1987.
- 17 - TEMPLE EH. Ectopic Pregnancy. In: Temple EH. Manual of Obstetrics: Diagnosis and Therapy. First Edition, Boston, Edited by Keneth R. Niswander, Md. p. 201-211, 1980.
- 18 - URBANETZ AA & Baruff I. Prenhez Tubária: análise de 183 casos. J bras Ginec, 94 (10): 471-476, 1984.
- 19 - VILLAS Boas FT, Barros ACSD, Cha SC & Neme B. Prenhez ectópica. Estudo de 5.122 casos consecutivos. J bras Ginec, 95 (1-2): 17-21, 1985.
- 20 - ZUGAIB M, Barros ACSD, Cha SC & Neme B. Prenhez ectópica. Estudo de 5.122 casos consecutivos. J bras Ginec, 95 (1-2): 17-21, 1985.

## A N E X O

**A N E X O - I**

**Modelo do protocolo usado no levantamento de dados para estudo da prenhez ectopica**

<b>N O M E</b>	<b>IDADE</b>	<b>SINTOMATOLOGIA (SINAIS E SINTOMAS)</b>	<b>DIAGNOSTICO INICIAL</b>	<b>METODOS DIAGNOS- TICOS UTILIZADOS</b>	<b>TIPO DE CIRUR- GIA REALIZADO</b>	<b>TEMPO ENTRE O INICIO DA DOR E A CIRURGIA</b>

**TCC  
UFSC  
TO  
0219**

**Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC TO 0219

Autor: Silva, Douglas Bat

Título: Gravidez ectópica : importancia



972808805

Ac. 254353

Ex.1 UFSC BSCCSM